



Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI

Piazza Umberto I

CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721

Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

SETTORE PERSONALE E ORGANIZZAZIONE

**Al Responsabile
Settore Personale e Organizzazione**

e, p.c

Al Responsabile Settore

LORO S E D I

OGGETTO: Richiesta permessi retribuiti di cui all'art.33 della Legge n.104 del 05.02.1992.

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a _____
(_____) il _____, **codice fiscale** _____
ed abitante in _____ in via _____ n._____, alle
dipendenze del Comune di Andria con il profilo professionale di
“ _____ ” con la presente

CHIEDE

di poter fruire dei 3 giorni mensili ai sensi della legge oggettivata per assistere il/la proprio/a
_____, (non) convivente, invalido/a al 100% con handicap in situazione di
gravità sig./ra _____ nato/a a _____
(_____) il _____ **codice fiscale** _____ e
residente in _____ in via _____ n._____.

A tal fine, consapevole della responsabilità penale in cui incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R. n.445/2000, nonché di quanto previsto dall'art.75 del medesimo D.P.R. n.445/2000,

DICHIARA

che il/la sig./ra _____ è domiciliato/a in _____ in
via _____ n._____ e che lo/a stesso/a ha una invalidità con handicap in
situazione di gravità, come si può evincere dalla documentazione allegata in copia.



Provincia di BARLETTA – ANDRIA – TRANI

Piazza Umberto I

CF: 81001210723 - P.IVA: 00956770721

Tel. 0883/290318 - Fax. 0883/290225

SETTORE PERSONALE E ORGANIZZAZIONE

Per quanto sopra e a riprova di quanto dichiarato, si allega alla presente:

- certificato dell'Handicap in situazione di gravità rilasciato dalla AUSL di _____
- autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 corredata di carta d'identità in copia.
- autocertificazione resa ai sensi del D.P.R. 445/2000 dello/a scrivente con la quale dichiara che il/la proprio/a _____ non è soggetto/a a degenza ospedaliera, corredata di carta d'identità in copia.

Andria, _____

FIRMA

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/00

**Al Responsabile
Settore Personale e Organizzazione
S E D E**

Io sottoscritto/a _____ nato/a in _____
(_____) il _____, ed abitante in _____ in via
_____ n.____, alle dipendenze di questo Comune in qualità di
“ _____ ” consapevole della responsabilità penale in cui
incorre in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R.
n.445/2000, nonché di quanto previsto dall'art.75 del medesimo D.P.R. n.445/2000,

DICHIARO

con la presente che mio/a _____ sig./ra _____
residente in _____ in via _____ n. _____ non è
soggetto a degenza ospedaliera.

Distinti saluti

Andria _____

FIRMA

DICHIARAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/00

Al Responsabile
Settore Personale
S E D E

Io sottoscritto/a _____ nato/a in _____
(_____) il _____, ed abitante in _____ in via
_____ n.____, alle dipendenze di questo Comune in qualità di
“_____”, consapevole sulla responsabilità penale in cui
incorrere in caso di dichiarazioni mendaci e di falsità in atti, così come stabilito dall'art.76 del D.P.R.
n.445/2000, nonché di quanto previsto dall'art.75 del medesimo D.P.R. n.445/2000,

DICHIARO

- di essere consapevole che le agevolazioni sono uno strumento di assistenza al disabile e, pertanto, il riconoscimento delle agevolazioni stesse comporta la conferma dell'impegno morale oltre che giuridico – a prestare effettivamente la propria opera di assistenza;
- che l'assistenza da parte del/la sottoscritto/a nei confronti del/la proprio/a
_____ disabile, sig./ra _____
residente in _____ in via _____ è esclusiva
e continuativa;
- di essere consapevole che la possibilità di fruire delle agevolazioni comporta un onere per l'amministrazione e un impegno di spesa pubblica che lo Stato e la collettività sopportano solo per l'effettiva tutela del disabile.

Dichiaro altresì, che dei benefici di cui all'art.33 della legge 104/92, finalizzati all'assistenza della persona disabile di cui sopra, **non gode nessuna altra persona facente parte della famiglia (parente o affini entro il terzo grado).**

Distinti saluti

Andria _____

FIRMA

AUTOCERTIFICAZIONE RESA AI SENSI DEL D.P.R. 445/2000

PER FRUIZIONE PERMESSI

Art. 33 L. n. 104/1992

Il/La sottoscritto/a _____
nato/a _____ (_____) il _____ **codice fiscale** _____
_____ ed abitante in _____ in via _____ n. _____
_____ in servizio presso questo Comune in qualità di _____

ai fini della fruizione dei permessi previsti dall'art. 33 comma 3 della legge 104/1992 per poter assistere la Sig./ra _____ (non) convivente, invalido/a al 100% con handicap in situazione di gravità, nato/a a _____ il _____ **codice fiscale** _____ e residente a _____ con il quale è nella seguente relazione di parentela: _____, consapevole delle sanzioni penali, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445 del 28 dicembre 2000 e s.m.i., per dichiarazioni non veritiere, formazione o uso di atti falsi,

DICHIARA :

- di essere stato scelto dal suddetto familiare disabile, quale referente unico per l'attività di assistenza;
- di assumere il ruolo, e la connessa responsabilità, di punto di riferimento della gestione generale dell'intervento assistenziale, assicurandone il coordinamento e curando la costante verifica della sua rispondenza ai bisogni del disabile assistito;
- che, essendo il/la sottoscritto/a, referente unico per l'attività di assistenza al soggetto disabile, nessun altro familiare è stato ammesso dal proprio datore di lavoro (pubblico o privato) alla fruizione delle agevolazioni previste dalla legge n. 104/1992 e del congedo straordinario di cui all'art. 42, comma 5, del D.lgs. n. 151/2001;

Dichiaro, a tal fine che vi sono i seguenti altri familiari della persona disabile assistita, che potrebbero fruire dei benefici in esame, in quanto coniuge, parenti o affini entro il secondo grado, ovvero entro il terzo grado, qualora i genitori o il coniuge della persona con handicap in situazione di gravità abbiano compiuto i sessantacinque anni di età oppure siano anche essi affetti da patologie invalidanti o siano deceduti o mancanti, titolari di un contratto di lavoro subordinato, con datore di lavoro privato o pubblico, che attualmente non fruiscono del beneficio in favore del/lla sig/sig.ra _____:

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

Nome _____ Cognome _____ Data di nascita _____
Luogo di nascita _____ Comune di residenza _____ Indirizzo _____

Datore di lavoro: _____ Indirizzo: _____
Telefono _____

di dette persone, si allega la relativa autocertificazione di non fruizione dei permessi di cui all'art.33 della legge 104 del 5/2/1992.

Si impegna a comunicare tempestivamente ogni variazione della situazione di fatto e di diritto da cui consegua la perdita della legittimazione alle agevolazioni, ovvero,

- il venir meno della situazione di handicap grave a seguito della visita di revisione;
- il decesso della persona in situazione di handicap grave;
- la circostanza che un altro familiare del disabile assistito sia ammesso dal proprio datore di lavoro a fruire dei permessi mensili o del congedo straordinario;
- di impegnarsi inoltre a comunicare ogni variazione circa i dati precedentemente comunicati in relazione al familiare assistito (ad esempio i dati relativi alla residenza anagrafica, i dati relativi all'eventuale rapporto di lavoro con una pubblica amministrazione).

In fede.

Andria, li _____